Прочие первичные грыжи брюшной стенки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K42.0, K42.1, K42.9, K43.6, K43.7, K43.9 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Всероссийская общественная организация "Общество герниологов"

Первичные грыжи брюшной стенки — это выход покрытых брюшиной органов через естественные слабые зоны мышечно-апоневротического слоя: пупочное кольцо, белую линию живота, Спигелиеву линию, поясничные треугольники. Главное в рекомендации — клиническая диагностика, своевременное выявление ущемления и выбор хирургической тактики с учетом размера дефекта, осложнений и коморбидности.

Главное

- По размеру грыжевых ворот первичные грыжи делят на малые, средние и большие; в классификации EHS: 0–2 см, >2–4 см и >4 см, а для пупочных грыж и грыж белой линии живота в рекомендациях EHS/AHS: до 1 см, 1–4 см и >4 см.
- Ключевые симптомы — выпячивание, которое появляется стоя или при натуживании и уменьшается лежа или после вправления, а также боль при нагрузке, ходьбе и резких движениях; возможны тошнота, отрыжка, вздутие и запоры.
- Диагноз обычно ставят клинически: жалобы на выпячивание и боль, при осмотре и пальпации — эластичное образование через дефект брюшной стенки; при ущемлении выпячивание напряженное и резко болезненное.
- Плановая операция показана при симптомной первичной грыже, а также при бессимптомной пупочной грыже или грыже белой линии живота с воротами >1 см. УУР С, УДД 4.
- При признаках ущемления нужна экстренная операция в максимально короткий срок от поступления в стационар. УУР С, УДД 5.
- При ширине грыжевых ворот более 1 см рекомендуется использовать протезирующие методики открытым или видеоэндоскопическим доступом; при грыжевых воротах до 1 см рекомендуется как открытая операция с использованием эндопротеза, так и аутопластика. УУР С, УДД 4.
- Перед плановой операцией рекомендуется отказаться от курения за 4–6 недель и снизить массу тела до ИМТ < 35 кг/м². УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Соберите жалобы: выпячивание брюшной стенки, боль в зоне выпячивания, диспепсия, дискомфорт, ограничение физической активности. УУР С, УДД 5.
2. Для исключения ущемления уточните время появления боли и была ли грыжа раньше вправимой и безболезненной. Внезапная боль, увеличение выпячивания и невозможность вправления типичны для ущемления. УУР С, УДД 5.
3. Осмотрите и пропальпируйте брюшную стенку стоя и лежа: стоя лучше видно выпячивание, лежа оценивают вправимость; пропальпируйте все отделы брюшной стенки, чтобы не пропустить другие грыжи. УУР С, УДД 5.
4. При подозрении на осложнение ищите признаки: болезненность живота, особенно выше и над ущемлением; при флегмоне — отечное горячее выпячивание, гиперемия кожи, отек подкожной клетчатки, возможны флюктуация и крепитация.
5. Перед операцией выполните общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический общетерапевтический анализ крови для оценки коморбидного статуса; неосложненная грыжа обычно не меняет лабораторные показатели. УУР С, УДД 4.
6. Если явных клинических признаков нет, выполните УЗИ органов брюшной полости с оценкой брюшной стенки: метод помогает выявить дефект, размеры и форму ворот, содержимое мешка, дополнительные ворота, признаки ущемления и кровоток при ЦДК. УУР С, УДД 4.
7. При подозрении на ущемление используйте обзорную рентгенографию живота для поиска раздутых петель и горизонтальных уровней жидкости; в сложных случаях, при ожирении, больших грыжах без четких границ или редких грыжах добавьте КТ. Рентгенография: УУР С, УДД 5; КТ: УУР С, УДД 3.

Лечение

- Основной метод лечения первичных грыж брюшной стенки — хирургический: операция устраняет грыжу, уменьшает боль и дискомфорт, предупреждает ущемление, кишечную непроходимость, дыхательные нарушения и поражения кожи.
- Активное амбулаторное наблюдение допустимо при бессимптомной пупочной грыже или грыже белой линии живота с воротами <1 см; около 19% таких пациентов позже оперируют.
- Если операция противопоказана, применяйте консервативное лечение; его основа — ношение бандажа для уменьшения симптомов и профилактики увеличения грыжи и ущемления. УУР С, УДД 5.
- При диаметре грыжевых ворот от 1 до 4 см эндопротез должен перекрывать зону дефекта минимум на 3 см во все стороны при открытом доступе и минимум на 5 см при видеоэндоскопическом доступе. УУР С, УДД 5.
- При больших грыжах с диаметром грыжевых ворот более 4 см рекомендуется открытая операция с использованием эндопротеза или видеоэндоскопическая операция. УУР С, УДД 4.
- При ущемленной грыже предоперационная подготовка включает опорожнение мочевого пузыря, гигиеническую подготовку зоны операции, назогастральный зонд с эвакуацией желудочного содержимого и антибиотикопрофилактику за 30 минут до операции; при тяжелом состоянии подготовку проводят в ОРИТ, блоке интенсивной терапии или на операционном столе.
- При ущемлении задача операции — ликвидировать ущемление, оценить жизнеспособность органа и выполнить пластику ворот, в том числе синтетическими материалами; при сомнительной жизнеспособности кишки допустима запрограммированная релапаротомия или диагностическая лапароскопия через 12 часов.
- Антибиотикопрофилактика при использовании эндопротеза: цефалоспорины I поколения; при доказанном риске MRSA возможен ванкомицин. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с подозрением или выявленной грыжей брюшной стенки направляют к врачу-хирургу для первичной специализированной медико-санитарной помощи.
- Плановая госпитализация показана при диагнозе пупочной грыжи, грыжи белой линии живота, грыжи Спигелиевой линии или поясничной грыжи для плановой операции.
- Экстренная госпитализация показана при осложненной грыже: ущемлении, кишечной непроходимости или гангрене — для экстренного вмешательства.
- Пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми, дыхательными заболеваниями, сахарным диабетом или потребностью в симультанной операции целесообразно оперировать в хирургических отделениях медицинских организаций третьего уровня.
- Для пациентов с поясничными грыжами рекомендуется рассмотреть возможность направления в специализированные стационары, так как операция технически сложна из-за близости костных структур и ограниченного перекрытия дефекта эндопротезом.

Частые вопросы

Когда при пупочной грыже можно наблюдать, а когда надо оперировать?

Плановая операция показана при клинических проявлениях и при бессимптомной пупочной грыже с воротами >1 см. Наблюдение возможно при бессимптомной пупочной грыже с воротами <1 см.

Какие признаки говорят об ущемлении грыжи?

Типичны внезапная боль в области грыжи, невозможность вправить ранее вправимую грыжу и увеличение выпячивания. При кишечной непроходимости добавляются схваткообразные боли в животе, жажда, сухость во рту, повторная рвота, задержка стула и газов.

Нужно ли всем пациентам с грыжей делать УЗИ или КТ?

Основной метод диагностики — осмотр и пальпация стоя и лежа. УЗИ выполняют, если нет явных клинических признаков; КТ добавляют в сложных случаях, при ожирении, больших грыжах без четких границ ворот или редких грыжах.

Когда при герниопластике нужен эндопротез?

При ширине грыжевых ворот более 1 см рекомендуется использовать протезирующие методики открытым или видеоэндоскопическим доступом. При грыжевых воротах до 1 см рекомендуется как операция с использованием эндопротеза, так и аутопластика.

Что делать с послеоперационной серомой?

Серома часто выявляется после пластики с эндопротезом, максимально проявляется примерно к 7-му дню и почти у всех проходит к 90-му дню. Симптоматическую хроническую серому пунктируют с аспирацией содержимого.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/811-prochie-pervichnye-gryzhi-bryushnoj-stenki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/811_1